



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

“Calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014.”

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios de Salud

AUTOR

Evert José REYES ARMAS

ASESOR

Juan Pedro MATZUMURA KASANO

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Reyes E. Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	Evert José Reyes Armas ORCID: 0000-0003-3064-1194
DNI o pasaporte del autor	42214663
Código ORCID del asesor	Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano ORCID: 0000-0002-1464-550X
DNI o pasaporte del asesor	09165800
Grupo de investigación	Educación y Competencias en Salud CALIMED
Agencia financiadora	Autofinanciamiento
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Hospital Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, Perú. Coordenadas geográficas: Latitud: 12° 03' 35.40"S equivale a -12.059833° Longitud: 77° 05' 26.40"O equivale a -77.090667°
Año o rango de años que la investigación abarcó	2014 - 2016
Disciplinas OCDE	Ciencias del cuidado de la salud y servicios http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 05 días del mes de marzo del año dos mil veinte siendo las 12:00 pm, bajo la presidencia del Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana con la asistencia de los Profesores: Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano (Miembro), Dr. Carlos Alberto Saavedra Leveau (Miembro), Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro) y el Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano (Asesor); el postulante al Grado de Magíster en Gerencia De Servicios De Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL-CALLAO, 2014"** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia De Servicios De Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** al postulante **EVERT JOSÉ REYES ARMAS**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la 01:00 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Profesor Principal
Miembro

Dr. Carlos Alberto Saavedra Leveau
Profesor Principal
Miembro

Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Profesor Auxiliar
Miembro

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Asesor

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana
Profesor Principal
Presidente

DEDICATORIA

A mis padres por su cariño y apoyo incondicional. Por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fortaleza necesaria para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi estimado Asesor quien con su experiencia y conocimientos me dio acertadas orientaciones y consejos en esta investigación.

A esta prestigiosa universidad, a mis profesores quienes con su experiencia y profesionalismo me brindaron una formación académica de calidad.

A los directores del Hospital Centro Médico Naval, al personal del área de archivo de historias clínicas, por el apoyo brindado durante el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

Páginas

RESUMEN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	01
1.1 Situación Problemática	01
1.2 Formulación del Problema	03
1.3 Justificación de la Investigación	04
1.3.1 Justificación Teórica	04
1.3.2 Justificación Práctica	04
1.4 Objetivos de la Investigación	05
1.4.1 Objetivo General	05
1.4.2 Objetivos Específicos	05

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes del Problema	06
2.2 Bases Teóricas	12
2.3 Marcos Conceptuales o Glosario	18

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	21
3.2 Unidad de análisis	21
3.3 Población de estudio	21
3.4 Tamaño de muestra	21
3.5 Selección de muestra	22
3.6 Técnicas de recolección de Datos	23
3.7 Análisis e interpretación de la información	24
3.8 Consideraciones éticas	25

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	26
--------------------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	.....	33
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	.....	38
RECOMENDACIONES	.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	41
ANEXOS	.....	47

LISTA DE CUADROS

Páginas

Cuadro 1. Calidad de Registro por Dimensión de las Historias Clínicas	31
---	----

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Estudio Clínico	27
Figura 2. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas	28
Figura 3. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Evolución y complicaciones	29
Figura 4. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Atributos	30
Figura 5. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas por dimensiones...	32

RESUMEN

La historia clínica es el documento que permite una ordenada recolección del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, debiendo reunir requisitos básicos como el uso de letra legible, registros completos, oportunos y pertinentes, e información clara y ordenada para permitir un análisis eficiente. El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. **Objetivo:** Evaluar la calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se aplicó la ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencia, creada por el Ministerio de Salud, encontrada en la Norma Técnica de la Calidad de Atención en Salud, a 378 historias clínicas, seleccionadas a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático. Se clasificó la historia clínica en dos categorías de acuerdo al puntaje: “aceptable” cuando es mayor o igual a 80% del total, o “por mejorar”, si es menor de 80%. Análisis estadístico, se utilizó los programas Excel 2007 y SPSS versión 20.0. **Resultados:** El 68,5% (259) de las historias clínicas tuvieron una calidad de registro “por mejorar”. Las dimensiones Notas de Enfermería y Estudio Clínico obtuvieron los más bajos puntajes (31,2% y 64,6%), siendo consideradas como “por mejorar”. Diagnóstico, Tratamiento, Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas obtuvieron puntajes similares (77,9%, 77,7% y 76,1% respectivamente), siendo igual consideradas como “por mejorar”. Evolución y complicaciones, Atributos de la historia clínica obtuvieron los más altos puntajes (87,7% y 82,0%), considerados como “aceptable”. **Conclusión:** Más de las dos terceras partes de las historias clínicas obtuvieron una calidad de registro “por mejorar”.

Palabras Claves: Calidad de registro, historia clínica, emergencia.

ABSTRACT

The clinical history is the document that allows an orderly collection of the medical act performed, being indispensable to elaborate the diagnosis and to choose a therapy, should gather basic requirements as the use of readable letter, complete, timely and relevant records, and clear and orderly information to allow efficient analysis. The filled of the clinical history it is an indicator of the assistance quality. **Objective:** To evaluate the quality of the registrations of the Clinical Histories in the Emergency Service of the Naval Medical Center - Callao, 2014. **Methodology:** Study descriptive, retrospective, of traverse court. The record of Audit of the Quality of Attention of Emergency was applied, created by the Ministry of Health, found in the Technical Standard of Health Care Quality, to 378 clinical histories, selected through a systematic random probability probabilistic sampling. The clinical history was classified in two categories according to the score: "acceptable" when it is greater than or equal to 80% of the total, or "to improve", if it is less than 80%. Statistical analysis, Excel 2007 and SPSS version 20.0 programs were used. **Results:** 68,5% (259) of the clinical histories had a registration quality "to improve". The dimensions Nursing Notes and Clinical Study obtained the lowest scores (31,2% and 64,6%), being considered as "to improve". Diagnosis, Treatment, Evolution notes, complementary exams and interconsultations obtained similar scores (77,9%, 77,7% and 76,1% respectively), still considered as "to improve". Evolution and complications, Attributes of the clinical history obtained the highest score (87,7% and 82,0%), considered as "acceptable". **Conclusion:** More than the two thirds of the clinical histories obtained a registration quality "to improve."

Key words: Registration quality, clinical history, emergency

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática:

La historia clínica es el documento que permite una ordenada recolección de datos de filiación, síntomas, signos y otros elementos, es decir en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para poder elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica. Es considerado un documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y es apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. La historia clínica constituye, además, un medio de prueba judicial que protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; además de favorecer la docencia e investigación, debiendo reunir requisitos básicos como el uso de letra legible; registros completos, oportunos y pertinentes; e información clara, concisa y ordenada, para permitir un análisis eficiente. (Piscoya, 2007)

El hecho de que la historia clínica se encuentre correctamente llenada con el mayor número de datos disponibles influye de forma positiva sobre la seguridad del paciente, dado que puede obtenerse explícitamente información relevante a fin de evitar que se produzcan efectos adversos (De Wet & Bowie, 2011). Por otro lado, es importante resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado. El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. (Velito & Tejada, 2010)

En el Perú, la preocupación sobre la calidad de la historia clínica inició en el Hospital Almenara de Lima en 1991, la Ley General de Salud de 1997 estableció la necesidad de que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente, que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado. Sólo para mencionar algunos estudios; uno realizado en 4 hospitales de los departamentos de Amazonas, Lambayeque, Junín e Ica (Llanos, Mayca, & Navarro, 2006), donde se reportó que el llenado de historia clínica es pobre para la mayoría de variables que son evaluadas, incluso los hallazgos muestran valores no elevados en aspectos que en consideración de los profesionales de la salud son esenciales para una buena calidad de atención al usuario. Asimismo, sobre los registros clínicos de emergencia, de un hospital general del Ministerio de Salud, se encontraron que las mayores inconformidades fueron, el no enfatizar el motivo de consulta, así como la apreciación del caso clínico, y el incompleto registro de funciones vitales (Pablo-Rocano, 2008).

El estudio de calidad de registro de las historias clínicas es una forma de auditoría médica, la cual constituye uno de los diversos métodos utilizados en el proceso de control, función fundamental del proceso gerencial. (Scales et al., 2011). Es reconocida la influencia de la auditoría médica como instrumento para la optimización de los estándares de atención, y tener una función educativa para los profesionales de la salud. La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales (Foy et al., 2005). La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (Vodstrcil et al., 2011).

El incorrecto registro de las historias se puede evaluar desde diferentes puntos, donde la falta de capacitación y sensibilización del personal, la carencia de apoyo logístico, el ambiente inadecuado para el interrogatorio y, muchas veces, la información familiar insuficiente se convierten en factores importantes para

obtener este resultado. (Pablo-Rocano, 2008). Por otro lado, entre las alternativas de solución que se plantean en las diferentes investigaciones, se encuentra el contar con protocolos de manejo de pacientes, elaborados por consenso y aprobados a nivel de cada establecimiento de salud (Llanos et al, 2006); asimismo interiorizar el valor intrínseco de la historia clínica en el personal de salud.

De este modo resulta de alta prioridad, el mejoramiento continuo de la calidad de la información de la historia clínica, convirtiéndose en un reto y a la vez en una responsabilidad de obligación individual y colectiva de los equipos de profesionales y del área administrativa, por ser un soporte fundamental para el diagnóstico y la toma de decisiones gerenciales. (Gómez & González, 2008)

El Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, al atender a una población que se incrementa progresivamente con el tiempo, conlleva a que pueda disminuir la calidad de registro y por consiguiente la calidad de atención y trascender esto en problemas médico - legales tanto para la institución como para el personal asistencial, por lo que no es ajeno a este problema, motivo por lo que surgió el interés por evaluar la calidad de registro de las historias clínicas en este concurrido Servicio, más aun, considerando que este hospital y, en general, las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas a nivel nacional, casi no cuentan con este tipo de investigaciones.

1.2. Formulación del Problema:

¿Cuál es la calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014?

1.3. Justificación de la Investigación:

1.3.1 Justificación Teórica:

Existen relativamente pocos estudios sobre la calidad de los registros de la historia clínica en nuestra realidad, siendo incluso éstos especialmente de consulta externa, evidenciándose que prácticamente no hay trabajos sobre historias clínicas de emergencia en nuestro país, inclusive siendo escasos en el extranjero.

Al contar con pocas investigaciones realizadas en nuestro medio y no tener estudios disponibles en las instituciones de salud de las fuerzas armadas y considerando que el Centro Médico Naval “CMST” cuenta con un servicio de emergencia, que atiende a una población que se incrementa con el tiempo, surge la necesidad de contar con datos sobre la calidad de registro de este servicio, por lo que se planteó la realización del presente trabajo.

Esta investigación proporcionará el conocimiento sobre la magnitud de las deficiencias de la calidad de registro de la información de las historias clínicas, lo que brindará elementos claves que permitirán establecer las estrategias que contribuyan a la sensibilización de los profesionales de la salud y, por lo tanto, al mejoramiento continuo de la calidad de atención y registro.

1.3.2 Justificación Práctica:

Este trabajo deberá ser una evaluación inicial del correcto llenado de las historias clínicas en el servicio de emergencia, proponiéndose que en un futuro próximo se amplíe a evaluaciones de la calidad de registro y atención en las diferentes especialidades médicas.

Finalmente poder identificar las deficiencias, errores o vacíos frecuentes encontrados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado en emergencia y así poder implementar mecanismos que permitan de

forma efectiva a los médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

1.4. Objetivos de la Investigación:

1.4.1 Objetivo General:

Evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Estudio clínico del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Diagnósticos del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Notas de evolución, Exámenes complementarios e Interconsultas del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Notas de enfermería del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Tratamiento del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Evolución y complicaciones del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.
- Describir los atributos de las historias clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao, 2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema:

A continuación se presentan los siguientes antecedentes: (tomando las recomendaciones de resumen estructurado propuesto por Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.)

Investigaciones Internacionales:

Bastidas Mutiz, M. L., Benavides Ortega, E., Mera Escobar, J. S., & Imelda Torres, C. (2013). Auditoría de la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2012. Facultad de Postgrados. Universidad EAN. Popayán, Cauca.

Problema: Esta investigación se centra en evaluar la calidad técnica del registro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales de la institución. Muestra: Muestreo probabilístico aleatorio sistemático, evaluando 67 historias clínicas de los procesos asistenciales de Consulta externa, Urgencias, Cirugía, Hospitalización, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico. Procedimiento: estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Se establecieron tres pautas para la evaluación de la calidad del registro de la historia en cada proceso asistencial de la institución: Datos de identificación del usuario, registros específicos de la atención y la calidad de éste. Resultados: La adherencia al diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de cirugía 82%, proceso de urgencias 67%, siendo dentro

de éste, las áreas de urgencias adultos y ginecológicas las que cumplieron con la mayoría de los criterios, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrico (65% y 62%), Hospitalización 64%, y Consulta externa representó el servicio con menos adherencia con un 54%. Conclusiones: El servicio de cirugía muestra la mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, realizando un registro completo de la descripción operatoria, diagnóstico e indicaciones médicas. Consulta externa es el proceso con más baja adherencia. El servicio de urgencias presenta una adherencia del 64%, siendo las áreas de urgencias adultos y ginecológicas, quienes cumplen con la mayoría de los criterios.

Reyes-García Bermúdez, E., Rodríguez Fajardo, A., Thomas Carazo, E., Raya Berral, L., Gastón Morata, J., & Molina Díaz, R. (2012). Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Med fam Andal*, 13(2): 126-135.

Problema: El objetivo de este estudio es evaluar la calidad del registro en la Historia Clínica informatizada. Muestra y Procedimiento: 300 Historias Clínicas Informatizadas (HCI) por muestreo sistemático con arranque aleatorio (confianza 95%, precisión 6%, cumplimiento esperado 50%), desde noviembre de 2010 hasta abril de 2011 en un Centro de Salud urbano. Análisis: Calidad y priorización de mejoras mediante porcentaje de cumplimientos y diagrama de Pareto. Se utilizó el programa SPSS v17. Resultados: El promedio semestral de hojas de seguimiento (HS) por HCI fue 2,76 (829 HS). El Conjunto mínimo de datos clínicos (CMDC) estaba completo en el 6% (motivo de consulta, anamnesis, exploración, juicio clínico y plan de actuación), incrementándose al 32% excluyéndose plan de actuación. La codificación CIE-9 fue del 72,7% y la hoja de problemas (HP) actualizada en 16,7% (diagnósticos aceptados e inclusión de nuevos). Alergias registradas en 77%. Sólo el 13% de las hojas de enfermería (HE) tuvo registro óptimo. El 60% de defectos de calidad lo hicieron la actualización de HP y HE. Conclusiones: Esta investigación revela que la calidad del registro es variable, aceptable en codificación de diagnóstico y registro de alergias y deficitaria en hoja de problemas y CMDC, a pesar del correcto llenado del motivo de consulta y de la valoración clínica, campos obligatorios del sistema informático, subrayando la relevancia del diseño del sistema en la práctica profesional.

Herbas Hinojosa, L. (2011). Evaluación de la Calidad de Registro del Expediente Clínico del Hospital Salomon Klein Gestion 2011. (Tesis de Maestría) Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba.

Problema: ¿Cuál es la calidad de registro de los expedientes clínicos del Hospital Salomón Klein en el 2011? Muestra y Procedimiento: Estudio descriptivo transversal. Se evaluaron 270 expedientes clínicos de las diferentes áreas como emergencias, consulta externa y hospitalización, de enero a junio de 2011, mediante una lista de cotejo de evaluación adaptada de la norma técnica de la auditoría en salud, comparándose el grado de conocimientos y el nivel de cumplimiento del registro del expediente clínico y de su normatividad. Se empleó el sistema SPSS versión 12 como prueba estadística. Resultados: 77% de historias clínicas completas, es decir debidamente llenadas y ordenadas; en el área de hospitalización encontraron la deficiencia del consentimiento informado no existiendo en 100% en medicina interna, si existiendo en más del 75% en pediatría, cirugía y gineco obstetricia; en el servicio de emergencia y de consulta externa se obtuvo que el 100% no posee ningún registro de consentimiento informado. Conclusiones: Existe una deficiencia en el registro de los expedientes clínicos en el Hospital Salomón Klein en todos los servicios que brinda, tanto en la historia clínica propiamente dicha como en lo administrativo, no cumpliendo en muchos aspectos según criterios de norma técnica nacional de auditoría médica establecidos para el llenado del expediente clínico en la unidad de la investigación.

Ayala, S., Pérez, A., Pineda, Z., & Rueda, A. (2007). Evaluación de la Calidad de las historias clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional de Oriente de la Policía Nacional. Bucaramanga, Santander.

Problema: ¿Cuál es la calidad de la Historia Clínica en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional? Muestra: De un tamaño poblacional de 15 mil historias clínicas (HC) con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, nivel de confianza 95%, efecto de diseño 1.0, precisión del 5%. Se recogieron una muestra de 404 HC.

Procedimiento: En la mencionada clínica, se ejecutó un estudio Descriptivo Retrospectivo, de la evaluación de la calidad de las historias del servicio de

urgencias, de donde se evaluaron atributos de las HC en el diligenciamiento clínico y administrativo, tomando como parámetros: Óptimo, Adecuado, Aceptable, Deficiente e Inaceptable. Resultados: ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de Aceptable. La calidad en su diligenciamiento se afectó por la ausencia de atributos como: continuidad del proceso, antecedentes personales, antecedentes familiares, apoyo diagnóstico, revisión por sistemas y análisis diagnóstico, siendo este último el que más afectó, encontrándose en el 16% de las historias clínicas evaluadas. Conclusiones: Ninguna historia clínica fue calificada como óptima. La calidad en el diligenciamiento de la historia clínica es aceptable. Esta investigación recomienda que debe realizarse un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las historias clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención.

Investigaciones Nacionales:

Matzumura Kasano, J. P., Gutiérrez Crespo, H., Sotomayor Salas, J., & Pajuelo Carrasco, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del Servicio de Medicina Interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An Fac med*, 75 (3): 251-7.

Problema: El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de Consultorios Externos del Servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Muestra: 323 historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta externa del mencionado Servicio, mediante un muestreo aleatorio simple. Procedimiento: Estudio descriptivo, corte transversal y retrospectivo; las historias clínicas fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, cada uno calificado con 10 puntos (100 puntos en total), adaptada de la Norma Técnica de elaboración de Historia Clínica del Ministerio de Salud. Puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como historias ‘aceptables’, las restantes como ‘falta mejorar’. Resultados: El 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro ‘aceptable’, mientras que el 36,2%, la calidad de registro ‘falta mejorar’. Los ítems, diagnóstico y tratamiento completo presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6%)

como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1% respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%,). Conclusiones: Más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares establecidos por la Clínica Centenario Peruano Japonesa.

Zafra Tanaka, J., Veramendi Espinoza, L., & Ayala Mendivil, R. (2013). Calidad de Registro en Historias Clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú 2013. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30 (4): 714-728.

Problema: ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas en un centro de salud del Callao? Muestra: Se revisaron 91 historias clínicas de consulta externa de un centro de salud de primer nivel del Callao, 2013.

Procedimiento: Estudio descriptivo transversal de historias clínicas seleccionadas mediante un muestreo por conveniencia. Se aplicó el instrumento presentado en la “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” y se consideró como “aceptable” aquellas con 50 o más puntos y el resto, como “por mejorar”. Resultados: El 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica dietéticas lo menos registrado (16,5%); además se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%). Conclusiones: Esta investigación evidencia que la mayoría de las historias clínicas fueron calificadas por mejorar.

Salas Pérez, M. D. (2011). Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. 40p.

Problema: Este estudio se centra en determinar si las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo cumplen con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud. Muestra: Se evaluaron 380 historias clínicas (HC) como muestra aleatoria representativa de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2006. Procedimiento: Estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo. La unidad de análisis fue la historia clínica de emergencia, el instrumento utilizado fue la ficha de auditoría de la

calidad del Ministerio de Salud (MINSA). Se organizaron los datos en el SPSS 12.0. Resultados: el 100% registraron la fecha de la historia clínica y la edad del paciente, el 96,6% registraron el sexo. En el 41,8% se registraron los antecedentes patológicos, el relato de la enfermedad actual fue incompleto en el 55,8% y en el 37,6% no mostraba secuencia cronológica. El examen físico fue incompleto en el 41,1%. El plan de trabajo estuvo presente en el 75,5%. El diagnóstico presuntivo fue incompleto en el 48,9%. Se registró el tratamiento en el 94,7%, siendo insuficiente en el 25,3%. La letra fue legible en el 79,2%, el 93,9% consignaba el nombre del interno de medicina y en el 84,5% existía el sello y firma del médico a cargo. Conclusiones: El 28,7% de las HC cumplieron la calificación de aceptable de acuerdo a parámetros normados por el MINSA.

Pablo-Rocano, E. (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna*, vol 21 (2): 51-4.

Problema: Este trabajo tiene el objetivo de evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general. Muestra y Procedimiento: Se revisaron 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos durante enero y febrero del 2008 en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Emplearon como criterios la Norma Técnica de la historia clínica y de la Auditoría de la calidad de atención en salud. Resultados: El 100% de las historias clínicas auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%), registro incompleto de la Enfermedad Actual (100%), no énfasis en el motivo de consulta (70%), en el 90% de las historias clínicas (HC) se consignó de forma completa las funciones vitales, no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%), en ninguna HC se registró la codificación CIE10, sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis, el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos, en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC, y en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos ni el comentario y/o apreciación de los mismos. Conclusiones: En este estudio, las historias clínicas se encontraron en el calificativo de regulares.

Llanos, L., Mayca, J., & Navarro, G. (2006). Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered*, 17 (4): 220-26.

Problema: Este trabajo está dirigido a evaluar la calidad del llenado de historias clínicas de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos realizados en el registro de la información. **Muestra y Procedimiento:** Estudio transversal descriptivo. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque, 390 HC) y sur (Ica, 396 HC), sierra (Junín, 384 HC), y selva (Amazonas, 396 HC) durante los meses de marzo y abril de 2005. La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios. Se consideró una medición dicotómica (presencia o ausencia) de cada variable.

Resultados: Se encontró un registro de funciones vitales en 8,7% de las HC, de síntomas de consulta en 91,1%, examen físico en 56,6%, diagnóstico del paciente en 97,4%, tratamiento o plan de trabajo en 89,4%, fecha y hora en 13,7%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,6%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. **Conclusiones:** El llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas, incluso en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario.

2.2. Bases Teóricas:

La historia clínica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un conjunto de formularios normativos y gráficos, en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Las historias clínicas más antiguas que se conservan son las incluidas en los libros I y III de las epidemias del corpus Hippocraticum. Hipócrates de Cos (460-377 a.C.) inventor de la historia clínica, reflejaba en sus

relatos tres partes fundamentales: Descripción del sujeto, de la enfermedad, curación o muerte.

Estos documentos constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación. Asimismo este registro además de contar con información adecuada, correcto llenado de formatos, con orden, metodologías apropiadas y buen estado de conservación; es de suma prioridad debido a que constituye un expediente médico – legal con aporte valioso para el sistema de información gerencial en las instituciones de salud; de este modo es el sustento en los peritajes policiales y judiciales, en la actividad académica de la docencia y la investigación, en la gerencia moderna para la toma oportuna y adecuada de decisiones estratégicas en el logro de los objetivos y metas institucionales, de análisis en perfiles epidemiológicos que permite comparaciones con otras realidades en base a los indicadores de proceso, de resultado y de impacto. (Shishido, 2013)

La *importancia* de la historia clínica se basa en que constituye:

- El registro de varios hechos de la vida de un ser humano; se presentan datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio.
- Intenta encuadrar el problema del paciente, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y exámenes paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla.
- Orienta el tratamiento, de allí la importancia de su exhaustividad, con el propósito de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.
- Posee un contenido científico de investigación, incluso cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.
- Adquiere carácter docente; hoy en día, el trabajo médico, se lleva a cabo en equipo, el ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso.
- Constituye importante elemento administrativo; por obvias razones de tipo económico y gerencial, es el documento más importante para respaldar los

procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes están a cargo de cada enfermo.

- Tiene implicaciones médico – legales. Es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria, posee carácter probatorio ante la ley. (Guzmán & Arias, 2012)

Asimismo, las *características* de la historia clínica son:

- Su práctica es obligatoria. Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.
- Es irremplazable. La escritura de la historia no puede ser suplida por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano.
- Es privada y pertenece al paciente. Aquí se integran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información. (Guzmán & Arias, 2012)

Las instituciones mundiales, en sus diferentes Declaraciones; señalan la relevancia extrema de la historia clínica. Solo para mencionar, en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica (Asociación Médica Mundial, 2002), menciona sobre las Condiciones para un Trabajo de Buena Calidad, en el numeral 7: “La historia clínica de los pacientes, registrada por escrito o en el ordenador, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se debe tomar en cuenta las obligaciones del secreto. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten”.

Referente a documentos institucionales o normativas en nuestro país, relacionada a la elaboración o naturaleza de las historias clínicas podemos citar, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, que en su

artículo 92 menciona a la letra: “La historia clínica es el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico. Debe ser veraz y completa. El médico debe ser cuidadoso en su elaboración y uso”. Asimismo en este mismo capítulo plantea el deber de redactar y conservar la historia clínica en interés del paciente garantizando el secreto médico y el cuidado en las formas de transmisión de la información de las historias clínicas. (Colegio Médico del Perú, 2007)

En el año 2004, se ordenó la información necesaria que debe contener la historia clínica a través de la Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del Sector Público y Privado” (RM N° 776-2004/MINSA), que determinó la estructura de la historia clínica, los procesos administrativos y la gestión de la historia clínica, entre otros aspectos. Luego se emitió la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (RM N° 597-2006/MINSA), la cual regula la historia clínica. Adicionalmente, con la RM N° 732-2008/MINSA precisa y modifica lo relacionado a la gestión de la historia clínica, en lo que respecta a su entrega, la epicrisis, informe de alta y consentimiento informado. (Ministerio de Salud, 2008)

Por otro lado, en el Perú, casi todas las historias clínicas están contenidas en papel. Si el paciente acude por primera vez a un establecimiento se procede a aperturar una nueva historia clínica, lo cual implica llenar formularios en donde se registran datos (administrativos y clínicos) normalizados para un expediente clínico. Pero, cuando acude en una siguiente oportunidad, no es infrecuente que no se ubique su historia clínica, procediéndose a repetir el ciclo de registro de datos. Asimismo, el procedimiento se repite cuando un paciente cambia de domicilio, cambia de establecimiento o se encuentra en cualquier otra parte del país. Actualmente, un paciente tiene tantas historias clínicas como establecimientos de salud visita y en un mismo establecimiento puede tener más de una. Frente a estos inconvenientes, surge la historia clínica electrónica (HCE), que ofrece varias ventajas. De acuerdo con la International Organization for Standardization (ISO), una HCE es un repositorio de datos de un paciente en un formato digital, almacenados de una manera segura y accesibles a usuarios autorizados, además que es una nueva forma de almacenar y organizar la

información del paciente, que junto con la interconectividad de las redes informáticas, permite que sea accesible desde cualquier espacio y en cualquier momento por los actores autorizados (pacientes, profesionales de la salud y técnicos vinculados al sector Salud), con observancia de las leyes de reserva, protección de datos personales y seguridad de acceso. En Perú, existen algunas experiencias de uso de historia clínica electrónica con diferentes grados de desarrollo. Pero, el problema de la multiplicidad de historias clínicas obedece más a la fragmentación del sistema de salud en el Perú, en subsectores responsables de diferentes segmentos de la población (MINSA, gobiernos regionales, EsSalud, Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales). Al no existir una sola historia clínica o un mecanismo que la agrupe, se pierde valiosa información para actuar con responsabilidad y celeridad frente a una atención de emergencia. La Ley 30024, creó el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE). Se trata de una plataforma tecnológica que permite al paciente o a su representante legal y a los profesionales de la salud que son previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, así como, la protección de datos personales de los pacientes, establecido por ley (Rojas, Cedamano, & Vargas, 2015). Su contenido está expresado en una base de datos de filiación de cada persona con la relación de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de apoyo que le han brindado atención y generado una HCE. El Ministerio de Salud es el titular de dicha base de datos. Además de asegurar la disponibilidad de la información clínica contenida en las HCE para la continuidad de la atención, permitirá organizar y mantener el registro de las historias clínicas electrónicas de cada establecimiento, estandarizando los datos administrativos y clínicos, así como las funcionalidades de los sistemas que soportan las historias clínicas electrónicas. El RENHICE debe ser entendido como un directorio electrónico en el que los profesionales de la salud de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, a través de sus sistemas de información de HCE debidamente acreditados, podrán acceder y consultar en qué otras instituciones, un paciente

tiene una historia clínica electrónica y permitirle acceder a ésta. (Rojas et al., 2015)

El Acto Médico, según el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, “es el proceso por el cual el médico diagnostica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico” (Colegio Médico del Perú, 2007). Por otro lado, hay que considerar que el actuar médico no solo se acompaña de la acción misma del médico en sí, existe otros aspectos a considerar que van en detrimento de los registros, tal como lo menciona Perales: “al no incluir la variable de libertad del médico en el ejercicio de sus funciones clínicas y el libre consentimiento del paciente, permite la ingerencia inconveniente de terceras partes que obliga al médico a satisfacer “la productividad” renunciando al manejo de la dolencia cercenando así, la esencia del Acto” (Perales, 2001). Estos aspectos son muchas veces planteados por los profesionales médicos de nuestro entorno, en parte para explicar, el porqué del descuido o poca importancia de los registros médicos (Shishido, 2013); es decir hay que considerar estas variables que alejarían al profesional a desarrollar un acto médico adecuado, reflejándose en la menor calidad de los registros.

En nuestra realidad lamentablemente el acto médico realizado, no siempre guarda relación con la calidad de la información plasmado en las historias clínicas. El acto médico responsable requiere necesariamente organización, coherencia y análisis de la información para la óptima calidad en los registros; sustento indudable en el diagnóstico certero y por ende en el tratamiento, acorde a los problemas detectados y priorizados en cada paciente, como persona con sus propias necesidades, expectativas, características biológicas, psicológicas, sociales; que requiere un abordaje integral, humano, responsable, oportuno y eficaz.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. Dicha definición permite que la calidad debido a que no es una cualidad absoluta tenga como características fundamentales la subjetividad al

momento de valorarla y la relatividad. (Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante, 2008)

Según el modelo de la norma ISO 9000, la calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”, entendiéndose por requisito a la “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”. A partir de esta definición, la norma ISO 9001 propone un enfoque de la gestión de la calidad basada en un sistema conformado por múltiples elementos, interrelacionados entre sí (o que interactúan), y cuya gestión de manera definida, estructurada y documentada, debe permitir lograr un nivel de calidad que alcance la satisfacción del cliente, objetivo final de este modelo.

Avedis Donabedian propuso que la “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar al proceso en todas sus partes”. Son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El *componente técnico*, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos; el *componente interpersonal*, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas deben seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general, estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual, finalmente el tercer componente de los *aspectos de confort*, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. (Fundación Avedis Donabedian, 2001)

2.3. Marcos Conceptuales o Glosario:

Atención de Salud: Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se

brinda a la persona, familia y comunidad. (*Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN*)

Acto Médico: Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. (*Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02., 2016*)

Historia clínica: Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. (*Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02., 2016*)

Médico Tratante: Profesional médico que conduce el diagnóstico y tratamiento del paciente, quien lo atiende por primera vez a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En su ausencia, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. (*Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02., 2016*)

Paciente: Es todo usuario de salud que recibe una atención (*Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.03., 2008*)

Calidad de Registro: Adecuado registro de la atención de salud que se brinda al paciente, plasmado en la Historia Clínica, la cual debe reunir los estándares mínimos establecidos. (*Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005*)

Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial: Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial. (*Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005*)

Inconformidades: cuando se incumple con el estándar. (*Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005*)

Inconformidades Mayores: cuando se incumple totalmente con el estándar. (*Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005*)

Inconformidades Menores: cuando se incumple parcialmente con el estándar. (*Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005*)

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad. (*Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02., 2007*)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación:

Tipo de Investigación: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Diseño: No experimental.

3.2. Unidad de análisis:

Historia clínica del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital Centro Médico Naval - Callao, en el año 2014.

3.3. Población de estudio:

Está constituido por el total de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Centro Médico Naval - Callao, en el año 2014, siendo en total 19816.

3.4. Tamaño de muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático

Se tienen los siguientes datos:

Población $N = 19816$

Prevalencia o proporción de la variable $p = 0.5$ (para un máximo tamaño muestral posible)

$q = 1 - p = 0.5$

Precisión (Error máximo permitido) $d = 5\%$

Nivel de confianza α : 95%, por lo que se utiliza el valor de Z : 1,96

Entonces, para una población finita, se tiene:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$n = 377$ historias clínicas

3.5. Selección de muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático

Además las Historias Clínicas seleccionadas debieron cumplir con los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión:

Historias clínicas de los pacientes que por lo menos presentaron una atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Centro Médico Naval - Callao, en el año 2014.

- Criterios de exclusión:

Historias Clínicas aperturadas sin atención médica del Servicio de Emergencia.

Historias Clínicas que físicamente se encontraron muy maltratadas y no permitieron la evaluación de su contenido.

Historias Clínicas no encontradas en el archivo.

Historias Clínicas de emergencia que se encontraron en procesos médico legales o solicitadas para informes médicos.

Historias Clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica.

3.6. Técnicas de recolección de Datos:

En el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, se cuenta con una base de datos de las historias clínicas de los pacientes que se han atendido en el referido Servicio, de donde haciendo uso de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático, se seleccionaron a las historias clínicas que constituyeron la muestra y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

El Servicio de Estadística proporcionó, según listado, las historias clínicas seleccionadas, para su evaluación a cargo del investigador, haciendo uso de la “Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencia”, creada por el Ministerio de Salud, encontrada en la Norma Técnica de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, Lima, 2005. Este instrumento consta de dos partes: La primera consigna la codificación de la historia clínica y la fecha; la segunda parte contiene siete dimensiones:

- **Estudio Clínico:** filiación, antecedentes contributivos, antecedentes ocupacionales, enfermedad actual, funciones vitales, examen clínico, plan de trabajo. (7 indicadores)
- **Diagnósticos:** presuntivos, definitivos, pronóstico. (3 indicadores)
- **Notas de Evolución, Exámenes Complementarios e Interconsultas:** identificación de problemas en evolución, examen clínico de evolución, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, diagnósticos de evolución, plan de trabajo de evolución, interconsultas. (7 indicadores)
- **Notas de enfermería:** evoluciones de enfermería, hoja de funciones vitales, hoja de balance hídrico. (3 indicadores)
- **Tratamiento:** tratamiento de soporte o sintomático, etiológico. (2 indicadores)

- **Evolución y Complicaciones:** evolución, complicaciones, estancia, específica indicaciones del alta. (4 indicadores)
- **Atributos de la historia clínica:** pulcritud, registro de la hora de atención, letra legible, sello y firma del médico. (4 indicadores)

Un total de treinta indicadores, cada uno de los cuales fueron valorados en las historias clínicas que se evaluaron, asignándose un puntaje de acuerdo al cumplimiento (completa, incompleta o no existen) de cada uno de los indicadores especificados en la ficha. (ver Anexo I).

Posteriormente se realizó una sumatoria del puntaje de cada uno de los indicadores y se observó si la historia clínica, tanto en su totalidad como en cada una de sus dimensiones, clasificó en dos categorías: “aceptable” cuando el puntaje obtenido es mayor o igual a 80% del total, o “por mejorar”, si el puntaje es menor de 80%, tomando como elementos de sustento la escala valorativa de la referida Norma Técnica aprobada por el Ministerio de Salud. Además se identificaron las inconformidades mayores y menores. No se informó a los profesionales sobre la evaluación de las historias clínicas, para mantener los hábitos cotidianos de llenado. Asimismo no se realizó identificación de los médicos que atendieron la consulta por emergencia descrita en la historia clínica.

3.7. Análisis e interpretación de la información:

Las variables consignadas en el formato para la recolección de información, fueron digitalizadas en una base de datos elaborada para tal fin.

Para el análisis univariado se emplearon las distribuciones de frecuencia representadas por las medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables continuas y las proporciones en las variables categóricas.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con los programas Microsoft Excel 2007 y SPSS versión 20.0.

3.8. Consideraciones éticas:

En todos los casos se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada. Para tal efecto, se codificaron previamente, siendo manejada dicha información exclusivamente por el investigador; asimismo, solo se documentaron en el informe final los números de registro de cada caso, respetando los hallazgos con la más absoluta veracidad.

Además, se respetaron los principios de respeto a la dignidad humana, beneficencia y de justicia del Reporte Belmont, asimismo, del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se obtuvo un total de 378 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Centro Médico Naval que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; de las cuales el 66,7% (252) fueron de Medicina, 27,2% (103) de Cirugía y 6,1% (23) correspondieron a Ginecología.

En los resultados que corresponden a la dimensión **Estudio Clínico**, se observa que los indicadores con menor porcentaje de cumplimiento lo obtuvieron los *antecedentes ocupacionales* (3,2%) y el examen clínico (25,7%), mientras que los antecedentes contributivos y el plan de trabajo obtienen los mayores porcentajes de cumplimiento (68,3% y 61,1% respectivamente) (ver Figura 1).

Respecto al indicador *antecedentes ocupacionales*, no existe en el 88,4% (334) de las historias clínicas, el 8,5% (32) se encuentra incompleto y el 3,2% (12) tiene un registro estándar y en lo referente al examen clínico, se encuentra incompleto en el 56,9% (215), no concordante y no existe en el 17,5% (66) de los casos y tiene un registro estándar en el 25,7% (97) de las historias clínicas.

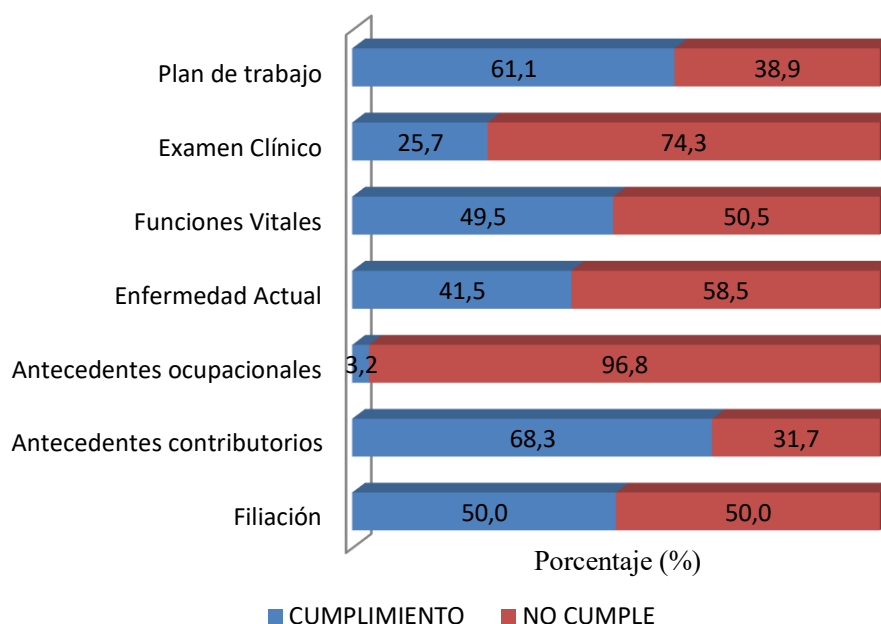


Figura 1. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Estudio Clínico. Fuente. Elaboración propia.

En la dimensión **Diagnósticos**, el indicador presuntivo se cumple en el 80,4% de las historias clínicas, seguido de pronóstico que cumple en el 69,8%, mientras que el indicador *definitivo* obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento (47,9%).

El indicador *definitivo*, se encuentra incompleto en el 41,8% (158), no oportuno en el 4,5% (17) y no existe en el 5,8% (22) de los casos y tiene un registro estándar en el 47,9% (181) de las historias clínicas.

En relación a la dimensión **Notas de Evolución, Exámenes Complementarios e Interconsultas**, se evidencia que los indicadores exámenes radiológicos, exámenes de laboratorio, e interconsultas cumplen su registro en el 87,8%, 84,9% y 79,6% de las historias clínicas respectivamente, mientras que el *examen clínico de evolución* y la identificación de problemas en evolución obtienen los menores porcentajes de cumplimiento (37,0% y 38,1%) (ver Figura 2).

Respecto al indicador *examen clínico de evolución*, no existe en el 33,6% (127) de las historias clínicas, el 29,3% (111) se encuentra incompleto o no concordante y el 37% (140) tiene un registro completo.

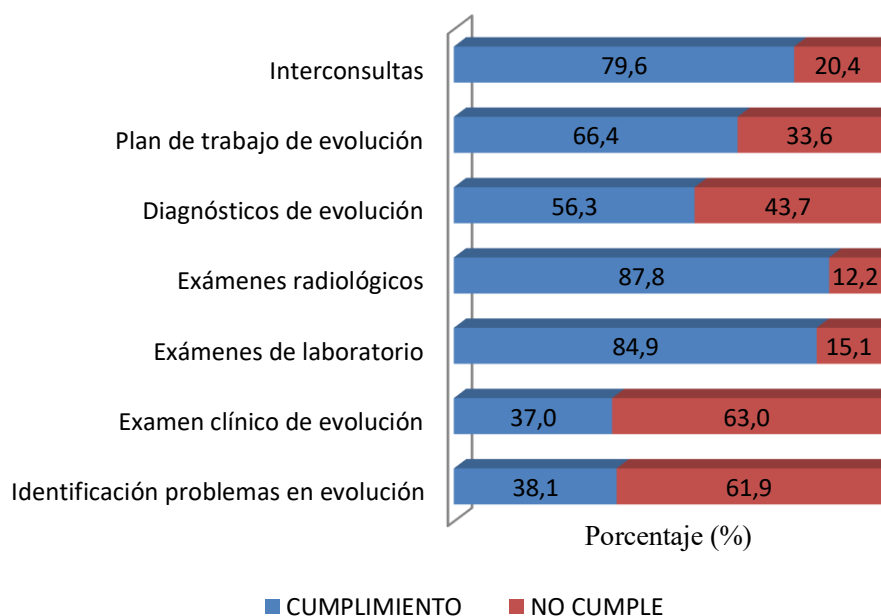


Figura 2. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas.

Fuente. Elaboración propia.

La dimensión **Notas de Enfermería**, se encontró que todos sus indicadores tienen bajos porcentajes de cumplimiento, el indicador *hoja de balance hídrico* se cumple en el 4,2% de las historias clínicas; asimismo, *hoja de funciones vitales* cumple en el 5,6% de las historias clínicas, mientras que el indicador *evoluciones de enfermería* obtuvo un 29,1% de cumplimiento.

El indicador *hoja de balance hídrico*, no está registrado en el 88,4% (334) de las historias clínicas, se encuentra incompleto en el 7,4% (28) y solo en el 4,2% (16) están completos, mientras que el registro de la *hoja de funciones vitales*, se encuentra incompleto en el 61,6% (233), en el 38,2% (124) de los casos no existe y tiene un registro completo en el 5,6% (21) de las historias clínicas.

Por otro lado, en la dimensión **Tratamiento**, el indicador *tratamiento de soporte o sintomático* se cumple en el 63,2% de las historias clínicas, mientras que Etiológico obtuvo un 63,5% de cumplimiento.

Con respecto al indicador *tratamiento de soporte o sintomático*, tiene un registro estándar en el 63,2% (239) de las historias clínicas, es insuficiente en el 29,9% (113) y excesivo en el 6,9% (26), mientras que el etiológico, es insuficiente en el 22,2% (84), excesivo o no existe en el 14,3% (54) y tiene un registro estándar en el 63,5% (240) de las historias clínicas.

En lo referente a la dimensión **Evolución y Complicaciones**, se obtuvo que el indicador, *especifica indicaciones del alta*, cumple su registro en el 30,7% de las historias clínicas, mientras que los demás indicadores cumplieron en cerca al 90% de las historias clínicas (ver Figura 3).

El indicador *especifica indicaciones del alta*, no existe en el 59% (223) de las historias clínicas, están incompletas en el 10,3% (39) y tiene un registro estándar en el 30,7% (116) de los casos.

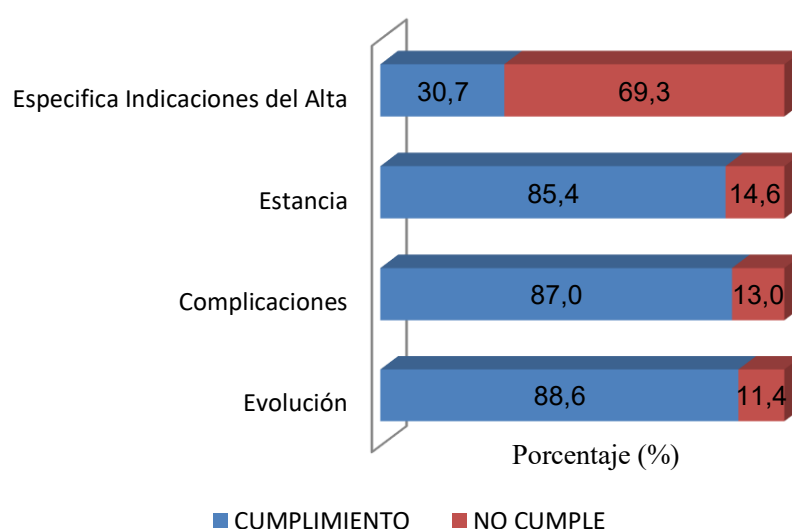


Figura 3. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Evolución y complicaciones. Fuente. Elaboración propia.

Además en la dimensión **Atributos de la Historia Clínica**, se evidencia que el indicador con mayor porcentaje de cumplimiento lo obtuvo registro de la hora de atención (93,4%), mientras que *letra legible* obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento (61,6%) (ver Figura 4).

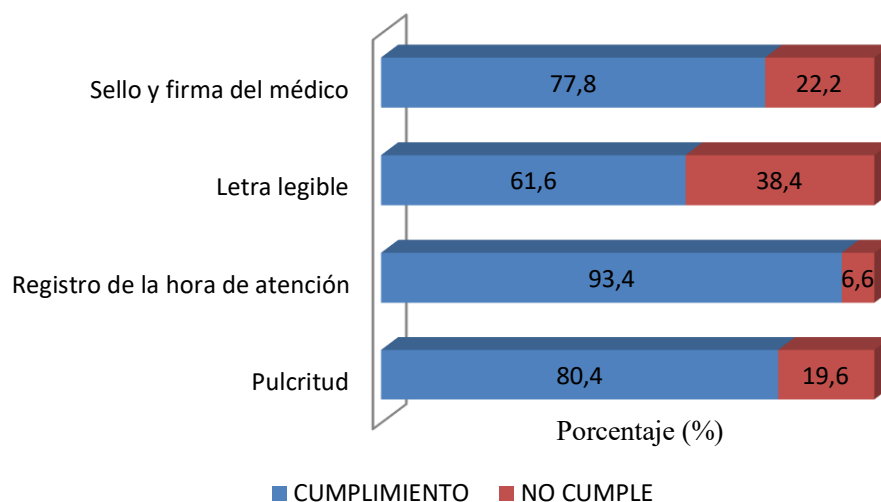


Figura 4. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Atributos. Fuente. Elaboración propia.

Asimismo en el Cuadro 1, se observa la Calidad de Registro por Dimensiones, destacando Evolución y Complicaciones con la mayor frecuencia de calidad de registro “aceptable” (83,6%), sin embargo las dimensiones Notas de Enfermería y Estudio Clínico obtuvieron la mayor frecuencia de calidad de registro “por mejorar” (94,7% y 81,7%). Adicionalmente en la Figura 5, se muestra el promedio de puntaje total de la calidad de registro de las dimensiones de la historia clínica, donde se puede observar que las dimensiones con mayor porcentaje de registro la obtuvieron Evolución y complicaciones (87,7%) y Atributos de la historia clínica (82,0%), mientras que Notas de enfermería y Estudio clínico, obtuvieron los menores porcentajes de registro (31,2% y 64,6% respectivamente).

Cuadro 1. Calidad de Registro por Dimensión de las Historias Clínicas.

	ACEPTABLE ($\geq 80\%$)		POR MEJORAR ($< 80\%$)		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
ESTUDIO CLÍNICO	69	18,25%	309	81,75%	378
DIAGNÓSTICOS	137	36,24%	241	63,76%	378
NOTAS EVOLUC, EXAM COMPLEM, INTERCONSULT	184	48,68%	194	51,32%	378
NOTAS DE ENFERMERÍA	20	5,29%	358	94,71%	378
TRATAMIENTO	237	62,70%	141	37,30%	378
EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	316	83,60%	62	16,40%	378
ATRIBUTOS HISTORIA CLÍNICA	302	79,89%	76	20,11%	378
TOTAL	119	31,48%	259	68,52%	378

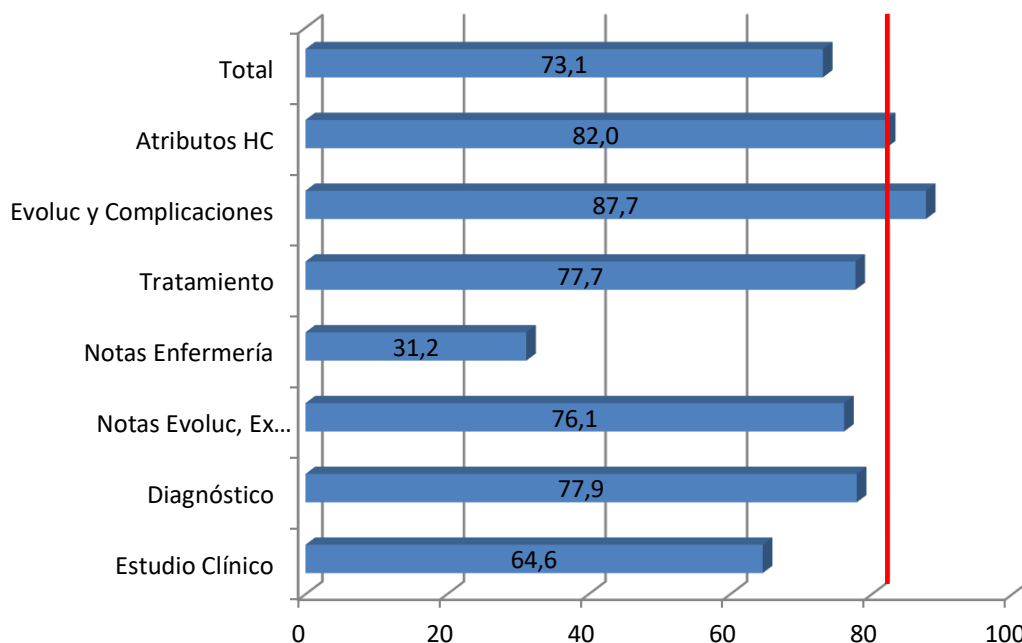


Figura 5. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas por dimensiones. Fuente. Elaboración propia.

Finalmente, se encontró que, de las 378 historias clínicas, el 31,5% (119) tuvieron una calidad de registro “aceptable”, mientras que el resto, 68,5% (259), obtuvieron una calidad de registro “por mejorar”.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La historia clínica es un documento médico - legal, es el instrumento básico que contribuye de manera directa y central a mejorar la calidad de atención a los pacientes, así como a optimizar la gestión de los establecimientos. El cuidado y estricto cumplimiento de las pautas y procedimientos para su elaboración debe ser una prioridad para el personal de un establecimiento de salud (Shishido, 2013). De este modo, es necesario precisar algunos aspectos de acuerdo con cada dimensión evaluada.

En la dimensión **Estudio Clínico**, llama la atención que se obvian o estén incompletos datos valiosos en relación con esta dimensión. En el caso del relato cronológico de la enfermedad actual, esta deficiencia se repite en un estudio realizado en cuatro hospitales del interior del país (Llanos et al, 2006); asimismo, concuerda con lo hallado en la investigación realizada en un centro de salud del Callao (Shishido, 2013), donde también se evidenció que el interrogatorio básico está dirigido solo a la enfermedad actual, sin considerar antecedentes básicos que puedan explicar los signos y síntomas actuales. Tal como se consigna en el estudio referido, esta omisión refleja que el profesional le resta importancia a dichos datos al escribir lo mínimo posible, por la demanda de pacientes que buscan atención en el más breve plazo posible, evidenciado en las entrevistas a profundidad de la mencionada investigación. La deficiencia en el registro de los antecedentes también se aprecia en la evaluación de las historias clínicas de emergencia de un hospital nacional (Salas, 2011) y en un servicio de urgencias colombiano (Ayala, Pérez, Pineda, & Rueda, 2007), donde los antecedentes patológicos se registraron en un 42 y 26% respectivamente.

Los indicadores, funciones vitales y examen clínico, muestran deficiencias en su registro (49,5% y 25,7% de cumplimiento), lo cual no difiere con lo encontrado en la evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, donde no se enfatizó el estado general o de conciencia en un 50% (Pablo-Rocano, 2008). En relación con un estudio que se realizó en consultorios externos de un establecimiento de salud privado, en donde se encontró un cumplimiento adecuado de signos vitales y examen físico de 66% y 64% respectivamente (Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor, & Pajuelo, 2014), se aprecia que se obtiene valores aún menores a éstos; y con respecto al ya referido estudio realizado en cuatro hospitales del Ministerio de Salud, donde se encontró un registro del examen físico en 56,6%, no se evidencia diferencias, sin embargo, las funciones vitales solo fueron registradas en 8,8% de las historias clínicas (Llanos et al, 2006), lo cual no concuerda con el presente trabajo, pero probablemente éste mejor registro se debe a que en el Centro Médico Naval, el personal de enfermería apoya en la toma de funciones vitales como parte del triaje de esta área; además, al tratarse de un Servicio de Emergencia, debería ser prioritario el registro de éstas, ya que puede estar en riesgo la vida del paciente; sin embargo, no alcanza una óptima puntuación.

El indicador plan de trabajo fue registrado de manera adecuada en el 61,1% de las historias clínicas revisadas, concordando con un valor promedio (62%) obtenido en otros estudios. (Matzumura et al., 2014; Shishido, 2013)

Con respecto a la dimensión **Diagnóstico**, se observa que el 80,4% y el 69,8% de las historias clínicas completaron correctamente los diagnósticos presuntivos y definitivos. En relación al primero, se encontró un valor superior a lo hallado en el estudio de Salas (2011), donde el diagnóstico presuntivo fue registrado en un 50%. Asimismo, se obtienen valores más elevados respecto a lo encontrado por Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor y Pajuelo (2014), donde el 48,6% de las historias clínicas lo consignaron correctamente. Sin embargo, es fundamental mencionar que en la investigación referida se consideró el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, lo cual no se ha podido evaluar en el presente trabajo, por no estar incluido dicho aspecto en el instrumento usado. Es necesario referir que todas las historias clínicas, al derivarse al área de archivo, se

les consignan los códigos de CIE 10 en su integridad, lo cual servirá para universalizar los diagnósticos hallados; pero tomando en cuenta el estudio de Pestana (2005), cuyo objetivo fue determinar la compatibilidad del diagnóstico registrado por los médicos con los códigos asignados por el personal de estadística de acuerdo al CIE 10, encontrando un valor de 49,2% de compatibilidad, se demuestra la importancia de que el código CIE 10 sea registrado junto con el diagnóstico por el mismo médico, lo cual debe valorarse en este caso, considerando que se trata de un servicio de emergencia.

En la dimensión **Notas de evolución, Exámenes complementarios e Interconsultas**, los exámenes de laboratorio y radiológicos fueron registrados en el 87,8% y 84,9% del total de historias clínicas revisadas. No se encontraron valores disgregados para comparación, pero si para el registro de exámenes auxiliares en global, tal como se menciona en el estudio de Matzumura et al. (2014), donde se observó que fueron anotados en 73,1% de las historias clínicas. Además, en la evaluación realizada por Zafra, Veramendi y Ayala (2013), se halló un registro de exámenes de laboratorio/radiológicos del 84,6% y de interconsultas de 87,9%, concordando el primer valor y siendo un poco más elevado el segundo caso respecto a la presente investigación (79,6%); sin embargo, es necesario referir que los estudios mencionados se realizaron en consultorio externo.

En lo referente a la dimensión **Notas de Enfermería**, la hoja de balance hídrico solo se cumple en 4,2% de las historias clínicas, encontrándose incluso debajo del 13% encontrado en un estudio de calidad de registro en la historia clínica informatizada. (Reyes-García et al., 2012)

Sobre el registro de la dimensión **Tratamiento**, se evidenció que en promedio el 63% de las historias clínicas cumplió con los criterios de un tratamiento adecuado tanto en el de soporte o sintomático como en el etiológico; es decir, que consignan el tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos, nombre de la medicación, dosis, vía de administración, frecuencia; el resto, tuvieron la ausencia de alguno, varios o todos estos criterios. En comparación con lo obtenido por Bocanegra, Bocanegra y Alvarado (2008), donde 91,4% de las historias clínicas tuvieron un registro explícito del tratamiento aplicado; asimismo, en contraste con lo reportado por

Matzumura et al. (2014), donde se observó que el 48,3% de las historias cumplieron con los criterios de un tratamiento adecuado y más aún con lo referido por Perata, Llanos, Cabello y Mayca (2006) donde encontraron que el tratamiento farmacológico se registró completamente en 7,4% de la muestra estudiada. La diferencia de los valores obtenidos en los diversos estudios, puede deberse a que se consideran otros parámetros para su evaluación lo que dificulta la comparación.

La dimensión **Evolución y Complicaciones** evidencia, en lo que respecta a complicaciones, un cumplimiento en su registro del 87%, lo cual está acorde con lo encontrado en el estudio de Zafra et al. (2013) (85,7%). Asimismo, el 30,7% de las historias clínicas revisadas cumple con especifica indicaciones del alta, lo cual sería menor a lo hallado en una evaluación de un Servicio de Medicina Interna de España, donde aparece el informe de alta completo en el 87,7% de las historias clínicas; sin embargo, es necesario hacer la salvedad que este último estudio se realizó en un servicio de hospitalización. (Delgado et al., 2014)

Respecto a la dimensión **Atributos de la Historia Clínica**, si bien es cierto casi el 80% de los casos alcanzó una calificación de “aceptable”, su indicador *Letra legible*, obtuvo un cumplimiento más bajo (61,6%). Estos datos estarían acorde con una investigación realizada en España, donde se analizaron informes de asistencia a urgencias de seis hospitales de Barcelona encontrándose que un número similar de informes presentaba un contenido informático insuficiente y/o eran prácticamente ilegibles, lo que planteaba dificultades importantes en la confección del alta (Conesa et al, 2003). Asimismo en el trabajo de Riondet (2007), sobre la evaluación estadística de la calidad de la historia clínica, se concluye que la falta de datos clínicos o que sean ilegibles, no importa que tan grande o pequeño sea ese porcentaje, debe llamar a la meditación e interpelar a la conciencia general sobre las implicaciones de los registros incompletos y mal estructurados en la calidad de la atención, en la investigación y la buena utilización de los recursos económicos y humanos con que cuentan los prestadores de servicios de salud.

Además, es importante mencionar que el registro de la hora de atención obtuvo 93,4% de cumplimiento, lo cual no coincidiría con el estudio realizado en cuatro hospitales del Perú donde hallaron que el llenado de las historias clínicas es

bastante pobre para la fecha y hora de atención (13,7%) (Llanos et al, 2006). Probablemente, esta diferencia se deba a que el registro de la hora de atención en el Centro Médico Naval está a cargo del personal de Admisión, que se encuentra contiguo al Servicio de Emergencia, siendo requisito que esté llenado dicho aspecto para empezar la atención.

La consigna del sello y firma del médico fue encontrada en 77,8% de las historias clínicas evaluadas, lo cual difiere a lo obtenido en el estudio de Matzumura et al. (2014) (97,2%) y en el extremo contrario a lo observado en otras investigaciones. (49,7% y 54,7%) (Perata, Llanos, Cabello, & Mayca, 2006; Llanos et al., 2006)

La calidad de registro de las 378 historias clínicas del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, dieron como resultado que solo el 31,5% obtuvo una calificación de “aceptable”, por lo que hay que tomar en cuenta que el registro de casi todas las dimensiones de la historia clínica debe mejorar, lo cual no demostraría directamente una deficiencia en la atención de los profesionales, pero si reflejaría una deficiencia en el seguimiento posterior y de una inadecuada organización en el acopio de datos relevantes para futuras acciones de salud. (Pablo-Rocano, 2008). Una de las razones de la poca consideración del uso de los criterios de las historias clínicas, es la discrepancia que existe entre lo que dicta la norma técnica versus lo que demuestra la calidad de los formatos usados, tal como es referido en la percepción de los profesionales entrevistados (Shishido, 2013), mencionando éstos que dicha norma es inflexible, muy larga y que no se adapta a la realidad. Otro motivo podría estar relacionado a que se dispone de escaso tiempo para la atención individualizada. Dicha percepción se expone en los diversos estudios en diferentes niveles de atención, que se repite a nivel de Latinoamérica (Pablo-Rocano, 2008), apoyado esto en el alto volumen de la población usuaria de estos servicios de salud. Peor aún, que, en la práctica, se percibe como un factor de retraso y entorpecedor de la atención, por la “formatería” que se debe llenar según sea el caso. Este aspecto debería ser considerado por las autoridades correspondientes, pues debe permitírseles a los profesionales las facilidades para el desarrollo de los objetivos planteados, de brindar atención de calidad, pero con registros de calidad.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- El 68,5% de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval – Callao 2014, tuvieron una calidad de registro “por mejorar” respecto al estándar.
- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Estudio Clínico del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 64,6%, considerado como “por mejorar”.
- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Diagnóstico del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tienen como puntaje 77,9%, considerado como “por mejorar”.
- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Notas de Evolución, Exámenes Complementarios e Interconsultas del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 76,1%, considerado como “por mejorar”.
- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Notas de Enfermería del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 31,2%, considerado como “por mejorar”.
- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Tratamiento del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 77,7%, considerado como “por mejorar”.

- La calidad de los registros de las historias clínicas en su dimensión Evolución y Complicaciones del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 87,7%, considerado como “aceptable”.
- La calidad de los registros de los Atributos de las historias clínicas del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tiene como puntaje 81,9%, considerado como “aceptable”.

RECOMENDACIONES

- Implementar un sistema de capacitación permanente y sensibilización del personal de salud responsables del correcto llenado y cuidado de las historias clínicas; hacerles de su conocimiento las implicancias legales y éticas del inadecuado registro, para que así valoren a éstas como documentos médico – legales; interiorizándoles el valor intrínseco de éstas, de tal manera que la perciban como su defensa probatoria más sólida.
- Se recomienda capacitar al personal de salud sobre la importancia de la Norma Técnica del Ministerio de Salud, para así poder aplicarla adecuándola a la realidad de los Servicios de Emergencia del nosocomio en estudio.
- Concientizar a las autoridades para que se fomente la revisión de las diferentes partes del formato de atención de emergencia y sistematizarla de tal forma que sea más fácil su llenado y aplicación, con la participación del comité de historias clínicas, oficina de calidad e involucrando en este proceso al personal de salud responsable del registro, adecuándola al presente contexto en la que se ubica el Centro Médico Naval.
- Realizar Auditorías de registro de historias clínicas, inicialmente de forma continua considerando los hallazgos evidenciados, con la intención de percibir los cambios producidos y socializarlos con el personal, para elaborar planes de mejora continua de la calidad, los cuales deberán ser evaluados periódicamente, para así prevenir fallos y costos por la mala calidad de atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Asociación Médica Mundial. (2002). Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica, Declaración adoptada por la 49° Asamblea General de la AMM. Hamburgo, Alemania. *Centro de Documentación de Bioética*. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/ammhamburgo2.html>

Ayala, S., Pérez, A., Pineda, Z., & Rueda, A. (2007). Evaluación de la Calidad de las historias clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional de Oriente de la Policía Nacional. Bucaramanga, Santander.

Bastidas Mutiz, M. L., Benavides Ortega, E., Mera Escobar, J. S., & Imelda Torres, C. (2013). Auditoría de la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2012. Facultad de Postgrados. Universidad EAN. Popayán, Cauca.

Bocanegra García, S., Bocanegra García, G., & Alvarado Cáceres, V. (2008). Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el Hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. *Rev. Med. Vallejana*, 5 (2): 115-124.

Colegio Médico del Perú. (2007). Título II: De la Atención y Cuidado de los Pacientes. En Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima (págs. 18-19).

Colegio Médico del Perú. (2007). Título III De los Documentos Médicos. En Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima (págs. 23-24).

Conesa, A., Muñoz, R., Torre, P., Gelabert, G., Casanellas, J. M., & Trilla, A. (2003). Evaluación de los informes de asistencia de urgencias como instrumento de gestión de la información clínica. *Medicina Clínica*, 120 (19): 734-736.

De Wet, C., & Bowie, P. (2011). Screening electronic patient records to detect preventable harm: a trigger tool for primary care. *Qual Prim Care*, 19: 115-25.

Delgado-Márquez, A., Polo-Polo, M., Villa-Caballero, J., Andreu-Román, M., Fernández-Espinilla, V., & Hernán-García, C. (2014). Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna. *Gest y Eval Cost Sanit*, 15 (1): 33-9.

Foy, R., Eccles, M., Jamtvedt, G., Young, J., Grimshaw, J., & Baker, R. (2005). What do we know about how to audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 5: 50.

Fraser, R., Baker, R., & Lakhani, M. (1998). Evidence-based clinical audit: an overview. En R. Fraser, M. Lakhani, & R. Baker, *Evidence-based audit in general practice*. Butterworth-Heinemann. Oxford, 1-15.

Fundación Avedis Donabedian. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16 (1): 11-27.

Gómez Gutiérrez, R., & González León, M. (2008). Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en la UBA Coomeva-Cabecera. Bucaramanga: Universidad CES - Universidad Autonoma. Facultad de Medicina.

Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir* (27): 15-24.

Herbas Hinojosa, L. (2011). Evaluación de la Calidad de Registro del Expediente Clínico del Hospital Salomon Klein Gestion 2011. (Tesis de Maestría) Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba.

Llanos, L., Mayca, J., & Navarro, G. (2006). Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered*, 17 (4): 220-26. doi: 10.20453/rmh.v17i4.882

Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R., Llantá Abreu, M., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

Matzumura Kasano, J. P., Gutiérrez Crespo, H., Sotomayor Salas, J., & Pajuelo Carrasco, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonés, 2010-2011. *An Fac med*, 75 (3): 251-7. doi: 0.15381/anales.v75i3.9781

Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN*. Lima, Perú. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_214-2018-MINSA2.pdf

Ministerio de Salud. (2016). *Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02*. Lima, Perú. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-502-2016-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud. (2008). *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.03*. Lima, Perú.

Ministerio de Salud. (2007). *Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02*. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2007/RM456-2007%20NT%20Acreditacion%20Estab%20y%20Serv%20Med.pdf>.

Ministerio de Salud. (2005). *Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01*. Lima, Perú. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/108_NORTECAUDITORIA.pdf

Ministerio de Salud. (2005). *Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud*. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Lima, Perú. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/Estadistica/Norma%20HC%20V02.pdf.

Pablo-Rocano, E. (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna*, vol 21 (2): 51-4.

Perales Cabrera, A. (2001). El Acto Médico: Criterios, definición y límites. *Diagnóstico*, Volumen 40, número 1.

Peralta, H., & Godoy, D. (2001). Resultados a un año de implementado un sistema de calidad ISO 9002 en la Central de Emergencias. *1° Seminario Nacional sobre Indicadores*. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Perata Salazar, M., Llanos Zavalaga, L., Cabello Morales, E., & Mayca Pérez, J. (2006). Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. *Rev Med Hered*, 17 (1): 35-41.

Pestana R, L. L. (2005). Concordancia entre el diagnóstico médico y la codificación de informática, considerando el CIE-10, en la consulta externa de pediatría en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. *Rev Med Hered*, 16 (4): 239-45. Doi: 10.20453/rmh.v16i4.802

Piscocoy, J. (2007). El ciclo de la auditoría médica. En *Diplomado de Auditoría Médica*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Reyes-García Bermúdez, E., Rodríguez Fajardo, A., Thomas Carazo, E., Raya Berral, L., Gastón Morata, J., & Molina Díaz, R. (2012). Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Med fam Andal*, 13 (2): 126-135.

Riondet, B. (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires. doi: 10.35537/10915/5391

Rojas Mezarina, L., Cedamano Medina, C. A., & Vargas Herrera, J. (2015). Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* , 32 (2): 395-406.

Ruiz, M. (2003). Tipología documental en las historias clínicas. *Revista de estudios extremeños*, 59: 481-494.

Salas Perez, M. D. (2011). Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. LILACS, Lima: 40p

Scales, D., Dainty, K., Hales, B., Pinto, R., Fowler, R., Adhikari, N., & Zwarenstin, M. (2011). A Multifaceted Intervention for Quality Improvement in a Network of Intensive Care Units: A Cluster Randomized Trial. *JAMA* , 305 (4): 363-72. doi: 10.1001/jama.2010.2000

Shishido Sánchez, S. (2013). Calidad de los Registros de Consulta Externa del C.S. Manuel Bonilla - Callao y sus Determinantes, 2009. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima.

Velito, A., & Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. En: *Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán* (págs. 1-26). Hospital Aleman, Buenos Aires.

Vodstreil, L., Hocking, J., Cummings, R., Chen, M., Bradshaw, C., Read, T., Sze, J. & Fairley, C. (2011). Computer assisted self interviewing in a sexual health clinic as part of routine clinical care; impact on service and patient and clinician views. *PloS One*, Mar; 6(3); E18456: 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0018456.

Zafra Tanaka, J., Veramendi Espinoza, L., & Ayala Mendivil, R. (2013). Calidad de Registro en Historias Clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú 2013. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30 (4): 714-728.

ANEXOS:

ANEXO I: INSTRUMENTO



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA								
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:								
SERVICIO AUDITADO:								
AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO:								
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:								
ASUNTO:								
FECHA:								
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:								
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:								
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:								
DIAGNÓSTICO:								
III.- OBSERVACIONES:								
A) ESTUDIO CLÍNICO:								
a) Filiación:	Estándar/No aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b) Antecedentes contributivos:	Estándar/No aplica	1	Incompletos	0,5	No existe	0		

c) Antecedentes ocupacionales:	Estándar/No aplica	1	Incompletos	0,5	No existe	0		
d) Enfermedad Actual:	Estándar/No aplica	7	Incompleta	4	Incompletas y no concordante con el/ los problemas de ingreso	2	No existe	0
e) Funciones Vitales	Estándar	2	Incompletos	1	No existe	0		
f) Examen Clínico:	Estándar/No aplica	8	Incompleto	4	Incompletas y no concordante con el/ los problemas de ingreso	2	No existe	0
g) Plan de trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "A"								
B) DIAGNÓSTICOS:								
a) Presuntivo/s:	Estándar/No aplica	5	Incompletos	3	No existe	0		
b) Definitivo/s:	Estándar/No aplica	8	Incompletos	4	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0
c) Pronóstico	Concordante con el diagnóstico	4	No concordante con el diagnóstico	2	No existe	0		
SUB.TOTAL "B"								

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS								
a) Identificación de problemas en evolución	si	4	No	2				
b) Examen clínico de evolución	Completo (estándar)	4	Incompleto	2	Incompleto y no concordante	1	No existe	0
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0
d) Diagnósticos de evolución	Estándar/No aplica	2	Incompletos y no concordantes	1	No existe	0		
e) Plan de trabajo de evolución	Estándar/No aplica	2	Incompleto	1	No existe	0		
f) Interconsultas	Estándar/No aplica	3	No oportunas	2	excesivos	1	Insuficientes	0
SUB.TOTAL "C"								
D) NOTAS DE ENFERMERIA								
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB-TOTAL "D"								

E) TRATAMIENTO:								
a) Tratamiento de soporte o sintomático:	Estándar/No aplica	4	Insuficiente	2	excesivos	1		
b) Etiológico	Estándar/No aplica	8	Insuficiente	4	excesivos	2	No existe	0
SUB. TOTAL "E"								
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES								
a) Evolución:	Estándar/No aplica	6	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0		
b) Complicaciones:	Estándar/No aplica	6	Impredecibles	3	Evitables	0		
c) Estancia	Estándar/No aplica	1	Insuficiente	0,5	Prolongada	0		
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar/No aplica	1	Incompletas	0,5	No existe	0		
SUB-TOTAL "F"								
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA								
a) Pulcritud:	Estándar/No aplica	1	No	0				
b) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplica	1	No	0				
c) Letra legible	Estándar/No aplica	1	No	0				
d) Sello y firma del médico	Estándar/No aplica	2	Sólo alguno	1	No existe	0		

SUB.TOTAL "G"								
TOTAL								
ACEPTABLE:	IGUAL O MAYOR DE 80							
POR MEJORAR:	MENOR DE 80							
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:								
V.- INCONFORMIDADES MENORES:								
VI.- CONCLUSIONES:								
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:								
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:								
NOTA: CUANDO EL DATO NO APLICA SE COLOCA EL MAYOR PUNTAJE COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA CANTIDAD DE DATOS QUE NO APLICAN.								

ANEXO II: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	REACTIVOS	INSTRUMENTO
Calidad de Registro	Cualitativa	Adecuado registro de la atención de salud que se brinda al paciente, plasmado en la Historia Clínica, la cual debe reunir los estándares mínimos establecidos	ESTUDIO CLÍNICO	<i>Filiación:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completa: 2 puntos Incompleta: 1 punto No existe: 0 puntos 	Ficha Item A
				<i>Antecedentes contributivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completos: 1 punto Incompletos: 0,5 puntos No existe: 0 puntos 	
				<i>Antecedentes ocupacionales:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completos: 1 punto Incompletos: 0,5 puntos No existe: 0 puntos 	
				<i>Enfermedad actual:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completa: 7 puntos Incompleta: 4 puntos Incompleta y no concordante: 2 puntos No existe: 0 puntos 	
				<i>Funciones vitales:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completas: 2 puntos Incompletas: 1 punto No existe: 0 puntos 	
				<i>Examen clínico:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completo: 8 puntos Incompleto: 4 puntos Incompleto y no concordante: 2 puntos No existe: 0 puntos 	
				<i>Plan de trabajo:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completo: 2 puntos Incompleto: 1 punto No existe: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 23 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	
			DIAGNÓSTICOS	<i>Presuntivos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Adecuados: 5 puntos Incompletos: 3 puntos No existe: 0 puntos 	Ficha Item B
				<i>Definitivos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Adecuados: 8 puntos Incompletos: 4 puntos Incompletos y no oportunos: 2 puntos No existe: 0 puntos 	
				<i>Pronóstico:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Concordante: 4 puntos No concordante: 2 puntos No existe: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 17 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	
			NOTAS DE EVOLU-	<i>Identificación de problemas en evolución:</i>	<ul style="list-style-type: none"> Completas: 4 puntos No existe: 2 puntos 	Ficha Item C

			CIÓN, EXÁME- NES COMPLE- MENTAR IOS E INTER- CONSULT AS	<i>Examen clínico de evolución:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completo: 4 puntos ▪ Incompleto: 2 puntos ▪ Incompleto y : 1 punto no concordante ▪ No existe: 0 puntos 	
				<i>Exámenes de laboratorio:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completos y : 3 puntos oportunos ▪ Completos y : 2 puntos no oportunos ▪ Excesivos: 1 punto ▪ Insuficientes: 0 puntos 	
				<i>Exámenes radiológicos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completos y : 3 puntos oportunos ▪ Completos y : 2 puntos no oportunos ▪ Excesivos: 1 punto ▪ Insuficientes: 0 puntos 	
				<i>Diagnósticos de evolución:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completos: 2 puntos ▪ Incompletos y : 1 punto no concordante ▪ No existe: 0 puntos 	
				<i>Plan de trabajo de evolución:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completos: 2 puntos ▪ Incompletos: 1 punto ▪ No existe: 0 puntos 	
				<i>Interconsultas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunas y : 3 puntos suficientes ▪ No oportunas: 2 puntos ▪ Excesivas: 1 punto ▪ Insuficientes: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 2 a 21 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	
			NOTAS DE ENFER- MERÍA	<i>Evoluciones de enfermería:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completas: 2 puntos ▪ Incompletas: 1 punto ▪ No existe: 0 puntos 	Ficha Item D
				<i>Hoja de funciones vitales:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completas: 2 puntos ▪ Incompletas: 1 punto ▪ No existe: 0 puntos 	
			TRATA- MIENTO	<i>Hoja de balance hídrico:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completas: 2 puntos ▪ Incompletas: 1 punto ▪ No existe: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 6 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	Ficha Item E
				<i>Tratamiento de soporte o sintomático:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuado: 4 puntos ▪ Insuficiente: 2 puntos ▪ Excesivo: 1 punto ▪ No existe: 0 puntos 	

					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuado: 8 puntos ▪ Insuficiente: 4 puntos ▪ Excesivo: 2 puntos ▪ No existe: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 12 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	
				EVOLUCIÓN Y COMPLI-CACIONES	<p><i>Evolución:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada: 6 puntos ▪ Desfavorable y : 3 puntos esperada ▪ Desfavorable : 0 puntos no esperada 	Ficha Item F
					<p><i>Complicaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausentes: 6 puntos ▪ Impredecibles: 3 puntos ▪ Evitables: 0 puntos 	
					<p><i>Estancia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada: 1 punto ▪ Insuficiente: 0,5 puntos ▪ Prolongada: 0 puntos 	
					<p><i>Especifica indicaciones del alta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuadas: 1 punto ▪ Incompletas: 0,5 puntos ▪ No existe: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 14 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	
				ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	<p><i>Pulcritud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: 1 punto ▪ No: 0 puntos 	Ficha Item G
					<p><i>Registro de la hora de atención:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: 1 punto ▪ No: 0 puntos 	
					<p><i>Letra legible:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: 1 punto ▪ No: 0 puntos 	
					<p><i>Sello y firma del médico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si: 2 puntos ▪ Solo alguno: 1 punto ▪ No: 0 puntos <p>➤ En esta dimensión: Puntaje total: 0 a 5 puntos ≥ 80% : Aceptable < 80% : Por mejorar</p>	